



**SICD1**  
Bibliothèques  
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université  
Joseph Fourier**   
GRENOBLE  
**MEDECINE**

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**ÉTAT DES LIEUX DU CHOIX  
D'ALLAITEMENT CHEZ LES PRIMIPARES  
EN POST-PARTUM IMMÉDIAT A LA  
MATERNITÉ DE CHAMBÉRY**

Mémoire soutenu le 12 Juin 2015

Par BELLANGER Alexandra

Née le 22 novembre 1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2014-2015

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**ÉTAT DES LIEUX DU CHOIX  
D'ALLAITEMENT CHEZ LES PRIMIPARES  
EN POST-PARTUM IMMÉDIAT A LA  
MATERNITÉ DE CHAMBÉRY**

Mémoire soutenu le 12 juin 2015

Par BELLANGER Alexandra

Née le 22 novembre 1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2014-2015



## REMERCIEMENTS AU JURY

---

Je remercie les membres du Jury :

M. Lionel DI MARCO, sage-femme enseignant au département de maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, président du jury ;

M. le professeur Thierry DEBILLON, PU-PH à l'HCE CHU Grenoble, co-président du jury ;

M. Pierre DUSONCHET, sage-femme libérale à Grenoble ;

Mme BERCHOTTEAU Martine, pédiatre à la maternité de Chambéry, directrice de ce mémoire ;

Mme BAUDON Claire, sage-femme enseignante au département de maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, sage-femme enseignante guidante ;

## REMERCIEMENTS

---

Je remercie plus particulièrement,

Mme le Docteur BERCHOTTEAU Martine, pédiatre au centre hospitalier de Chambéry,  
directrice de ce mémoire ;

*Pour son aide, ses conseils et ses encouragements*

Mme Claire BAUDON, sage-femme enseignante au département de maïeutique de l'UFR de  
médecine de Grenoble, sage-femme enseignante guidante ;

*Pour ses conseils et son soutien.*

## TABLE DES MATIERES

---

1. Abréviations .....	1
2. Introduction .....	2
3. Matériel et méthodes .....	4
Type d'étude .....	4
Population .....	4
Données recueillies .....	4
Analyses statistiques .....	5
4. Résultats .....	6
Description de la population d'étude.....	6
Prévalence des allaitements .....	7
Caractéristiques socio-démographiques (Tableau I).....	7
Grossesse, accouchement et informations sur l'allaitement (Tableau II) .....	8
Influences et moments de décision (Tableau III) .....	11
Motivations (Figure 3) .....	13
5. Discussion .....	14
Limites de l'étude .....	14
Discussion des résultats et comparaison avec la littérature .....	15
Prévalence des différents types d'allaitement .....	15
Les influences du choix d'allaitement.....	16
Les motivations du choix d'allaitement .....	20
6. Conclusion.....	23
7. Références bibliographique .....	24
8. ANNEXES .....	27
Questionnaire .....	27
RESUME.....	31

## 1. Abréviations

---

AA :	Allaitement artificiel
AM :	Allaitement maternel
AME :	Allaitement maternel exclusif
AMNE :	Allaitement maternel non exclusif (=allaitement mixte)
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
BEP :	Brevet d'Etudes Professionnelles
CAP :	Certificat d'Aptitude Professionnelle
e.t :	Ecart-type
m. :	Moyenne
n :	Effectif
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SA	Semaines d'aménorrhées



## 2. Introduction

---

Le choix d'allaitement est, à notre époque, une décision nécessaire à la naissance d'un enfant. Choisir entre l'allaitement maternel, artificiel ou mixte peut être facile pour certaines futures mères et compliqué pour d'autres, plus particulièrement pour les primipares qui ont généralement peu d'expériences sur ce sujet là.

Selon l'ANAES et de l'OMS(1), "l'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau. [...] La réception passive [...] du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein". L'allaitement est artificiel lorsque le nouveau-né reçoit une préparation lactée industrielle, à base de lait de vache, adaptée aux besoins du nouveau-né. L'allaitement maternel non exclusif correspond à une alternance d'allaitement maternel et artificiel.

Les bénéfices de l'allaitement maternel ont été démontrés tant pour le nouveau-né que pour la mère. Il diminue les infections gastro-intestinales, respiratoire et ORL et favorise une croissance optimale chez les nouveau-nés et a un effet protecteur contre les cancers du sein et des ovaires chez les mères. Les recommandations internationales et nationales préconisent l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du post-partum au moins. Or, l'étude Epiphane (Epidémiologie en France de l'Alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie), réalisée en 2012 dans 136 maternités a montré que le taux d'allaitement maternel exclusif dans les maternités françaises n'était que de 60% (2). D'après les études de V.Walburg en 2007 qui ont comparé les représentations de l'allaitement des femmes françaises et allemandes, ce faible taux d'allaitement par rapport à nos voisins germaniques (qui est de 90%), est lié à une moins bonne connaissance des avantages physiologiques de l'allaitement maternel pour la mère et le bébé, ainsi qu'aux croyances erronées des femmes françaises sur l'allaitement(3)(4). Le rôle des professionnels de la périnatalité est d'informer les femmes sur les différents allaitements possibles, tout en suivant les recommandations, afin que celles-ci puissent prendre une décision libre et éclairée. Pour cela, une connaissance des principales motivations des patientes et des éléments influençant leur choix est nécessaire pour pouvoir donner une information pertinente.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer la prévalence respective des allaitements artificiel, maternel exclusif et maternel non exclusif chez les primipares ayant accouché d'enfants à terme et en bonne santé, à la maternité de Chambéry, dans le post-partum immédiat. Les objectifs secondaires étaient de dégager les motivations et les facteurs influençant ce choix.

### 3. Matériel et méthodes

---

#### Type d'étude

---

Nous avons réalisé une étude observationnelle, prospective, non contrôlée et monocentrique.

#### Population

---

Les mères ont été recrutées du 14 septembre au 15 octobre 2014, pendant leur séjour en suite de couches à la maternité de Chambéry, maternité de niveau 3 qui réalise environ 3400 naissances par an.

Etaient éligibles les mères primipares ayant accouché d'un enfant vivant unique, né après 37 semaines d'aménorrhée par voie basse ou césarienne. Etaient exclues les mères dont l'enfant était hospitalisé en néonatalogie ou en unité kangourou (UK) ou dont la mère était hospitalisée en unité de réanimation, les mères ne parlant pas ou peu français, ou ne sachant pas lire ou écrire ainsi que les mères refusant de participer à l'étude.

Les mères éligibles étaient recrutées à l'aide des feuilles de transmission des sages-femmes du service, comprenant la parité des mères, le terme de naissance, la santé de la mère et de l'enfant ainsi que leur hospitalisation éventuelle dans un service particulier (UK, néonatalogie, réanimation). Le nombre de primipares ayant accouché dans la période d'inclusion et le nombre de questionnaires non distribués ont été évalués à posteriori à partir du livret d'accouchement.

#### Données recueillies

---

Les données ont été recueillies à l'aide d'auto-questionnaires distribués et expliqués par une seule et même personne aux mères éligibles. Les questions posées se rapportaient uniquement à la période du post-partum immédiat (et non pas à ce qu'il s'était passé durant leur séjour) et le questionnaire était distribué préférentiellement en début de séjour. Les questionnaires étaient si possible récupérés le jour même. Si la patiente était dans l'impossibilité de le rendre pendant notre présence dans le service, elle nous le rendait deux jours plus tard ou le donnait à une sage-femme du service si elle sortait avant.

Avant de lancer l'étude, le questionnaire a été testé sur six patientes afin de s'assurer de sa bonne compréhension.

Etaient recueillis dans ce questionnaire le type d'allaitement choisi, les caractéristiques socio-démographiques, les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement, les informations sur l'allaitement reçues pendant la grossesse, l'influence de l'entourage et des professionnels de santé, le moment de décision et les motivations.

Concernant le type d'allaitement, celui-ci a été défini selon les critères de l'OMS cités dans l'introduction.

Les motivations étaient recueillies à partir d'une liste prédéfinie obtenue grâce à la bibliographie, et classées sur une échelle de Likert à quatre degrés et cotées 0 pour "pas du tout d'accord", 1 pour "plutôt pas d'accord", 2 pour "plutôt d'accord" et 3 pour "tout à fait d'accord". Les motivations seront considérées comme principales pour des valeurs de médiane supérieures ou égales à deux ("plutôt d'accord").

## Analyses statistiques

---

Les caractéristiques ont été décrites par la moyenne et l'écart-type ou la médiane et le 25<sup>ème</sup> et 75<sup>ème</sup> percentile en cas d'écart à la normalité pour les variables quantitatives et par les effectifs et les pourcentages pour les variables qualitatives.

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide du test du Chi<sup>2</sup>, remplacé par la probabilité exacte de Fisher en cas d'effectifs théoriques attendus inférieurs à cinq, pour les variables qualitatives et par le test t de Student pour les variables quantitatives.

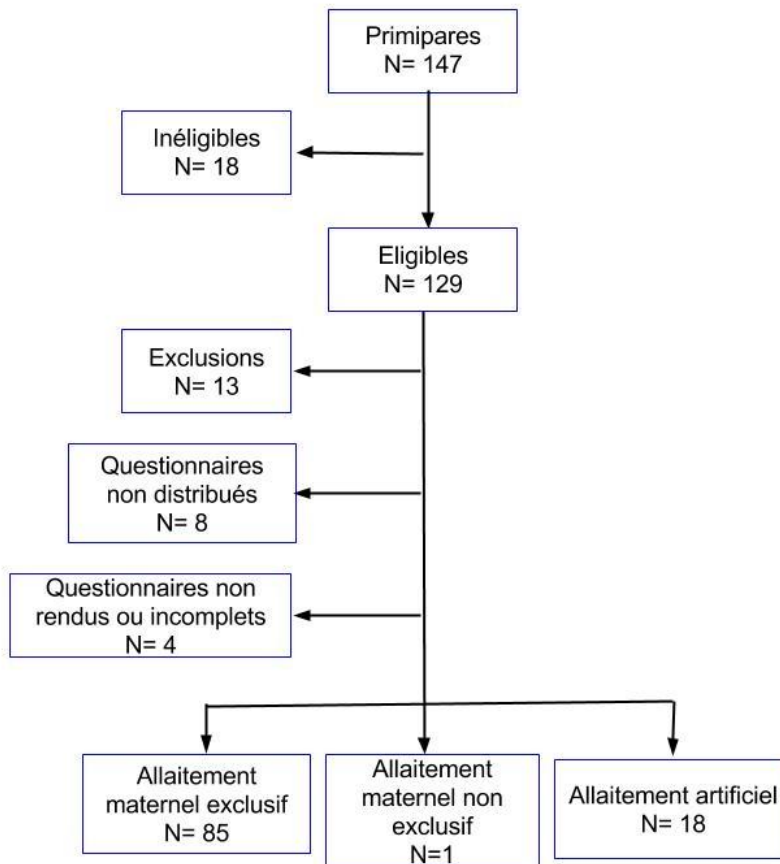
Le seuil de signification statistique était fixé à 0,05 (5%). Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Statview.

## 4. Résultats

---

### Description de la population d'étude

---



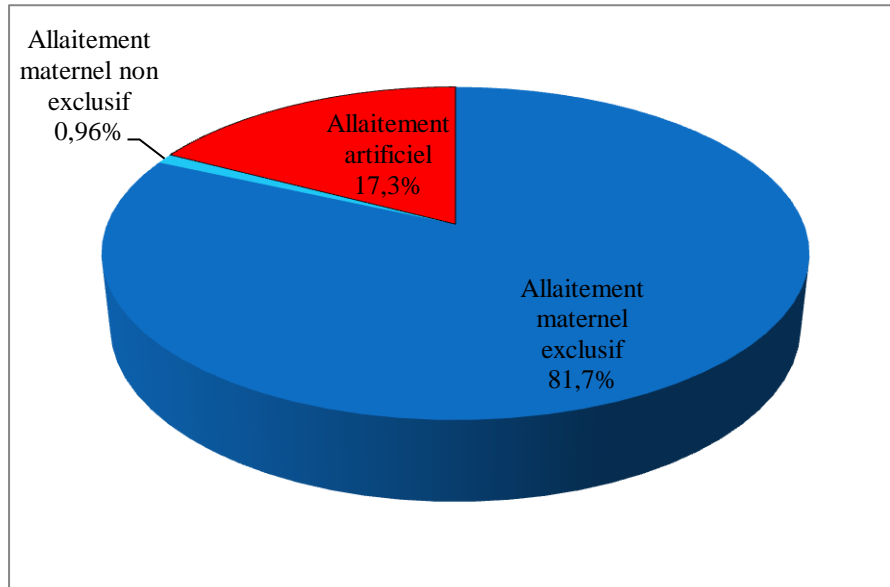
**Figure 1: Chart Flow**

Parmi les 18 mères inéligibles, 12 avaient donné naissance à un enfant avant 37 SA, trois ont donné naissance à des jumeaux, une à donné naissance à un enfant mort-né et deux ont accouché sous X. Toutes les mères exclues ne parlaient pas ou ne comprenaient pas bien le français. Enfin, parmi les questionnaires non rendus ou incomplets, trois n'ont pas rendu le questionnaire et une n'a pas coché la question concernant le mode d'allaitement.

## Prévalence des allaitements

---

Cent-quatre femmes ont été incluses dans l'étude. La prévalence de l'allaitement artificiel était de 17,3% (n=18), celle de l'allaitement maternel exclusif était de 81,7% (n=85) et celle de l'allaitement maternel non exclusif était de 0,96% (n=1).



**Figure 2 : Prévalence de l'allaitement chez les primipares dans le post-partum immédiat**

## Caractéristiques socio-démographiques (Tableau I)

---

Les femmes qui choisissent l'allaitement maternel étaient statistiquement plus nombreuses à avoir un niveau d'étude supérieur à bac+2 ( $p=0,008$ ), tandis que celles qui choisissent l'allaitement artificiel étaient plus nombreuses à avoir un niveau d'étude équivalent au CAP/BEP/baccalauréat ( $p=0,03$ ).

On ne met pas en évidence de différence statistiquement significative entre les mères qui choisissent l'allaitement maternel et celles qui choisissent l'allaitement artificiel en ce qui concerne l'âge, le statut marital et la profession.

		<b>Allaitement maternel n= 86</b>	<b>Allaitement artificiel n= 18</b>	<b>P-value</b>
<b><u>Age moyen</u></b> m(e.t.)		29 (5)	29 (3)	0,97
<b><u>Statut</u></b> : n(%)	Mariée	31 (36,0)	6 (33,3)	0,83
	En couple, non mariée	54 (62,8)	12 (66,7)	0,75
	Seule	1 (1,2)	0 (0)	0,99
<b><u>Niveau d'étude:</u></b> n(%)	Primaire/collège/lycée	6 (7,0)	0 (0)	0,59*
	CAP/BEP/Baccalauréat	29 (33,7)	11 (61,1)	<b>0,03</b>
	Etudes supérieures niveau bac+2	15 (17,4)	5 (27,8)	0,33*
	Etudes supérieures > bac+2=	36 (41,9)	2 (11,1)	<b>0,008</b>
<b><u>Profession</u></b> : n(%)	Agricultrice	1 (1,2)	0 (0)	>0,99*
	Artisan/ commerçant/ chef d'entreprise	1 (1,2)	0 (0)	>0,99*
	Cadre et profession intellectuelle supérieure	14 (16,3)	4 (22,2)	0,51*
	Profession intermédiaire	28 (32,6)	5 (27,8)	0,69
	Employée	25 (29,1)	5 (27,8)	0,91
	Ouvrière	7 (8,1)	1 (5,6)	>0,99*
	Sans activité professionnelle	10 (11,6)	3 (16,7)	0,69*

\* Probabilité exacte de Fisher

### **Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques**

#### Grossesse, accouchement et informations sur l'allaitement (Tableau II)

Les femmes consommant du tabac avant la grossesse ( $p=0,035$ ) et celles accouchant eutociquement ( $p=0,02$ ) étaient statistiquement plus nombreuses à choisir l'allaitement artificiel tandis que la tétée d'accueil dans les deux heures après la naissance est associée à l'allaitement maternel ( $p<0,001$ ).

Le type de professionnel ayant suivi la grossesse, la participation à des cours de préparations à la naissance et la réalisation de l'entretien prénatal précoce n'étaient pas des facteurs statistiquement associés au choix d'allaitement.

Concernant l'information sur l'allaitement reçue pendant la grossesse, l'information reçue sur les différents types d'allaitement était équivalente entre les mères qui choisissent l'allaitement maternel et celles qui choisissent l'allaitement artificiel. La seule différence statistiquement significative entre les deux groupes concernait le moyen d'information. En effet, les femmes qui choisissent l'allaitement maternel étaient plus nombreuses à avoir été chercher des informations par leurs propres moyens (magazine, internet,...) ( $p=0,009$ ).



		<b>Allaitement maternel n=86</b>	<b>Allaitement artificiel n=18</b>	<b>P-value</b>
<b><u>Professionnel(s) ayant suivis la grossesse</u> : n(%)</b>				
	Sage-femme libérale	49 (57,0)	11 (61,1)	0,75
	Sage-femme hospitalière	26 (30,2)	5 (27,8)	0,84
	Obstétricien libéral	42 (48,8)	11 (61,1)	0,34
	Obstétricien hospitalier	12 (14,0)	3 (16,7)	0,72*
	Médecin généraliste	19 (22,1)	2 (11,1)	0,52*
	Pas de suivi	0 (0)	0 (0)	
<b><u>Cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)</u> : n(%)</b>				
		78 (90,7)	17 (94,4)	>0,99*
<b><u>Entretien prénatal précoce (EPP) et moment de réalisation</u> : n(%)</b>				
	Pas d'EPP	48 (58,5)	12 (66,7)	0,52
	4 <sup>ème</sup> mois	12 (14,6)	1 (5,6)	0,45*
	5 <sup>ème</sup> mois	5 (6,1)	0 (0)	0,58*
	6 <sup>ème</sup> mois	6 (7,3)	2 (11,1)	0,63*
	3 <sup>ème</sup> trimestre	11 (13,4)	3 (16,7)	0,71*
<b><u>Tabac avant la grossesse</u> : n(%)</b>				
	Pas de tabac avant grossesse	61 (70,9)	8 (44,4)	<b>0,035</b>
	Arrêt avant grossesse	7 (8,1)	3 (16,7)	0,37*
	Arrêt pendant grossesse	9 (10,5)	4 (22,2)	0,23*
	Pas d'arrêt pendant grossesse	9 (10,5)	3 (16,7)	0,43*
<b><u>Mode d'accouchement</u> : n(%)</b>				
	Voie basse eutocique	40 (46,5)	14 (77,8)	<b>0,02</b>
	Voie basse instrumentale	24 (27,9)	1 (5,6)	0,07*
	Césarienne programmée	3 (3,5)	0 (0)	>0,99*
	Césarienne en urgence	19 (22,1)	3 (16,7)	0,76*
<b><u>Tétée d'accueil dans les 2h après la naissance</u> n(%)</b>				
		60 (69,7)	3 (16,7)	<b>&lt;0,001</b>
<b><u>Informations reçues pendant la grossesse</u> : n(%)</b>				
	Sur l'AME	67 (78,8)	13 (72,2)	0,54*
	Sur l'AA	26 (30,6)	9 (50,0)	0,11
	Sur l'AMNE	26 (30,6)	5 (27,8)	0,81
<b><u>Contextes de l'information reçue</u> : n(%)</b>				
	Sage-femme en consultation	21 (24,4)	5 (27,8)	0,77*
	Sage-femme en cours de PNP	53 (61,6)	10 (55,6)	0,63
	Sage-femme en EPP	8 (9,3)	1 (5,6)	>0,99*
	Médecin obstétricien	1 (1,2)	0 (0)	>0,99*
	Médecin généraliste	3 (3,5)	2 (11,1)	0,21*
	Propres moyens (magazine, internet...)	48 (55,8)	4 (22,2)	<b>0,009</b>

\*Probabilité exacte de Fisher

**Tableau II : Grossesse, accouchement et informations sur l'allaitement**

### Influences et moments de décision (Tableau III)

---

Les patientes ayant choisi l'allaitement maternel ont été statistiquement plus influencées dans leur choix en général et plus particulièrement vers l'allaitement maternel exclusif que celles ayant choisi l'allaitement artificiel, par leur mère ( $p < 0,001$ ), leur conjoint ( $p = 0,0012$ ), leur famille ( $p = 0,0026$ ) et leur sage-femme ( $p = 0,0071$ ). L'influence générale des ami(e)s était équivalentes entre les deux groupes, mais parmi celles qui avaient été influencées, les femmes ayant choisi l'allaitement maternel était plus influencées par leurs amis vers l'allaitement maternel exclusif ( $p = 0,02$ ). Enfin, il n'y avait pas de différence statistiquement significative de l'influence des médecins généralistes et des obstétriciens dans les deux groupes d'allaitement.

Les mères qui ont choisi l'allaitement maternel se disaient principalement influencées vers l'allaitement maternel exclusif par leur conjoint (48,2%) puis leur mère à égalité avec les sages-femmes (45,2%), puis leurs amis (24,7%), puis leur famille (27,1%) et enfin par leur obstétricien (12%) et leur médecin généraliste (7,2%).

Concernant les mères ayant choisi l'allaitement artificiel, aucune ne déclare avoir été influencé par sa mère, son obstétricien ou son médecin généraliste, deux (11,1%) ont été influencées vers l'allaitement artificiel par leur conjoint ou leurs amis, et 2 (11,1%) ont été influencées vers l'allaitement maternel par leur sage-femme.

Dans les deux groupes, quand les sages-femmes ont influencé le choix d'allaitement, elles l'ont influencé uniquement vers l'allaitement maternel.

Les mères ayant choisi l'allaitement maternel et celles ayant choisi l'allaitement artificiel ont statistiquement pris leur décision aux mêmes moments de la grossesse. Pour 61,1% des mères ( $n=63$ ), la décision a été prise avant la grossesse.

		<b>Allaitement maternel N= 86**</b>	<b>Allaitement artificiel N=18</b>	<b>P- value</b>
<b><u>Influence de la mère</u></b> : n(%)	Non	45 (53,6)	18 (100)	<i>&lt;0,001</i>
	Vers l'AME	38 (45,2)	0 (0)	<i>&lt;0,001</i>
	Vers l'AA	1 (1,2)	0 (0)	<i>&gt;0,99*</i>
	Vers l'AMNE	0 (0)	0 (0)	
<b><u>Influence du conjoint</u></b> : n(%)	Non	40 (47,1)	16 (88,9)	<i>0,0012</i>
	Vers l'AME	41 (48,2)	0 (0)	<i>&lt;0,001</i>
	Vers l'AA	2 (2,4)	2 (11,1)	<i>0,14*</i>
	Vers l'AMNE	2 (2,4)	0 (0)	<i>&gt;0,99*</i>
<b><u>Influence d'ami(e)s</u></b> : n(%)	Non	57 (67,1)	16 (88,9)	<i>0,06</i>
	Vers l'AM	21 (24,7)	0 (0)	<i>0,02*</i>
	Vers l'AA	5 (5,9)	2 (11,1)	<i>0,60*</i>
	Vers l'AMNE	2 (2,4)	0 (0)	<i>&gt;0,99*</i>
<b><u>Influence de la famille</u></b> : n(%)	Non	57 (67,1)	18 (100)	<i>0,0026</i>
	Vers l'AM	23 (27,1)	0 (0)	<i>0,01</i>
	Vers l'AA	0 (0)	0 (0)	
	Vers l'AMNE	5 (5,9)	0 (0)	<i>0,58</i>
<b><u>Influence des sages-femmes</u></b> n(%) :	Non	46 (54,8)	16 (88,9)	<i>0,0071</i>
	Vers l'AM	38 (45,2)	2 (11,1)	
	Vers l'AA	(0)	0 (0)	
	Vers l'AMNE	(0)	0 (0)	
<b><u>Influence des obstétriciens</u></b> : n(%)	Non	72 (86,7)	18 (100)	<i>0,21*</i>
	Vers l'AM	10 (12,0)	0 (0)	<i>&gt;0,99*</i>
	Vers l'AA	1 (1,2)	0 (0)	<i>0,20*</i>
	Vers l'AMNE	0 (0)	0 (0)	
<b><u>Influence du médecin généraliste</u></b> : n(%)	Non	77 (92,8)	18 (100)	<i>0,59*</i>
	Vers l'AM	6 (7,2)	0 (0)	
	Vers l'AA	0 (0)	0 (0)	
	Vers l'AMNE	0 (0)	0 (0)	
<b><u>Autre influence*</u></b> : n(%)	Non	79 (95,2)	18 (100)	<i>&gt;0,99*</i>
	Vers l'AM	4 (4,8)	0 (0)	
	Vers l'AA	0 (0)	0 (0)	
	Vers l'AMNE	0 (0)	0 (0)	
<b><u>Moment de décision</u></b> : n(%)	Avant grossesse	53 (62,4)	10 (55,6)	<i>0,59</i>
	1 <sup>er</sup> trimestre	13 (15,3)	3 (16,7)	<i>&gt;0,99*</i>
	2 <sup>ème</sup> trimestre	4 (4,7)	2 (11,1)	<i>0,28*</i>
	3 <sup>ème</sup> trimestre	12 (14,1)	1 (5,6)	<i>0,46*</i>
	Dans les 2h après l'accouchement	3 (3,5)	2 (11,1)	<i>0,21*</i>

\* Probabilité exacte de Fisher

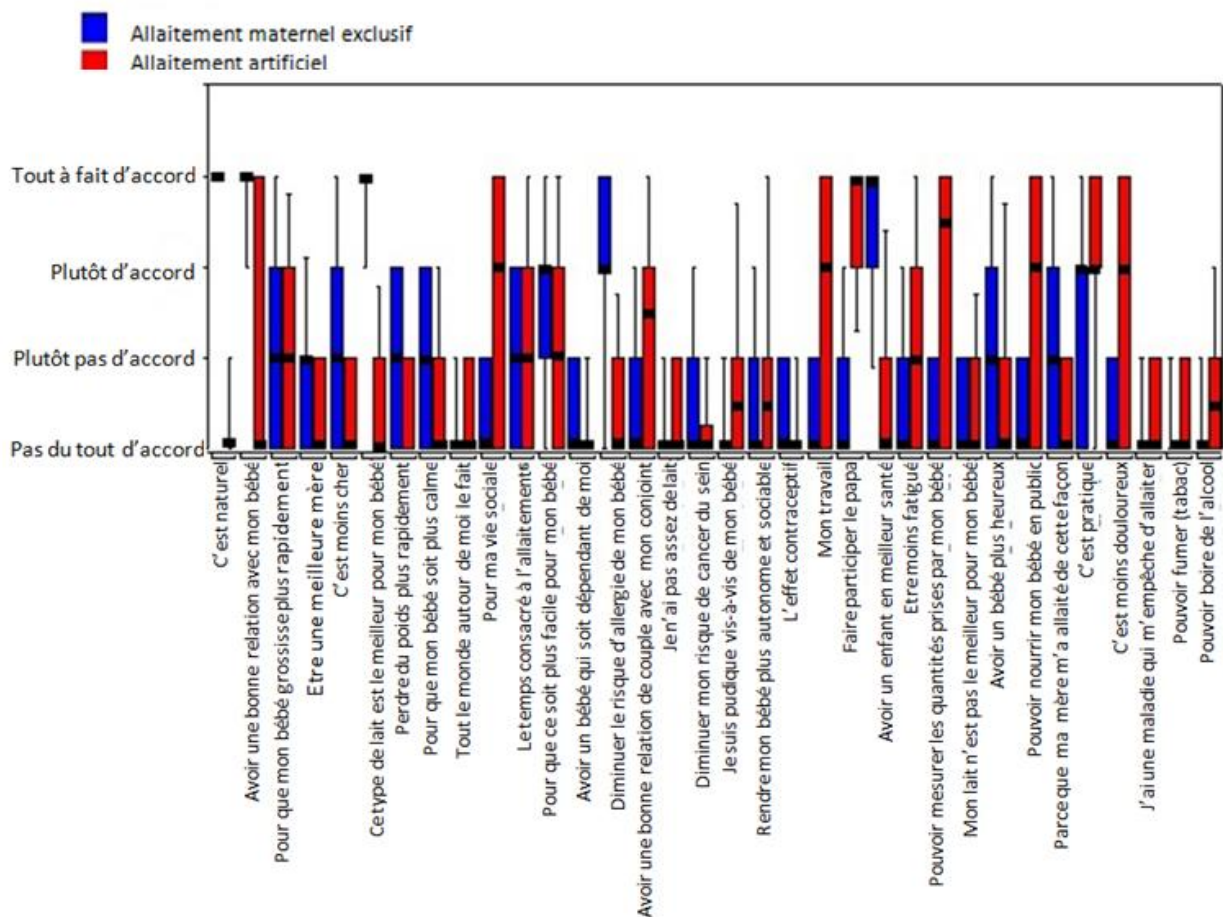
\*\* n=85 pour l'influence du conjoint, des ami(e)s et de la famille et du moment de décision ; n=84 pour l'influence des sages-femmes ; n=83 pour l'influence des obstétriciens et du médecin généraliste et des autres influences

**Tableau III: Influences et moment de décision**

### Motivations (Figure 3)

Les principales motivations des mères choisissant l'allaitement maternel exclusif étaient dans l'ordre d'importance, « parce que c'est naturel » (médiane=3, 25<sup>ème</sup> centile =3, 75<sup>ème</sup> centile =3), « pour avoir une bonne relation avec mon bébé » (3,3,3), « parce que ce type de lait est le meilleur pour mon bébé » (3, 3, 3), « pour avoir un enfant en meilleure santé » (3, 2, 3), « pour diminuer le risque d'allergie de mon bébé » (2, 2, 3), « pour que ce soit plus facile pour mon bébé et « parce que c'est pratique » (2, 1, 2).

Les principales motivations des mères choisissant l'allaitement artificiel étaient « pour faire participer le papa » (3, 2, 3), « parce que c'est pratique » (2, 2, 3), « pour pouvoir mesurer les quantités prise par mon bébé » (2,5, 0, 3), « pour ma vie sociale » (2, 0, 3), « pour mon travail » (2, 0, 3), « parce que c'est moins douloureux » (2, 0, 3) et « pour pouvoir nourrir mon bébé en public » (2, 0, 3).



**Figure 3 : Diagramme en boîte représentant les motivations du choix d'allaitement**

(médiane, 10<sup>ème</sup>, 25<sup>ème</sup>, 75<sup>ème</sup> et 90<sup>ème</sup> percentile)

## 5. Discussion

---

### Limites de l'étude

---

Tout d'abord, notre échantillon n'est peut être pas représentatif de la population. En effet, la maternité de Chambéry accueille une population de catégories socio-économiques différentes mais aussi de lieux de vie différents (citadin et rural) puisqu'elle est la seule maternité pour les bassins chambériens et aixois. Cependant, compte tenu de la durée limitée de notre étude, nous n'avons pu inclure que 129 patientes et pouvons regretter un manque de puissance

Par ailleurs, cette étude présentait un biais de sélection puisqu'elle était réalisée sur une courte durée et dans une seule maternité. Cependant, en passant, tous les deux jours pour donner et récupérer les questionnaires, nous avons limité le nombre de questionnaires non distribués ou non récupérés, puisqu'il n'est que de 11 sur les 129 mères éligibles.

Deuxièmement, il existe un biais de mémoire puisqu'on demandait des informations sur la période précédant la grossesse et le début de celle-ci. De plus, on demandait aux mères de faire abstraction de leur séjour à la maternité pour répondre au questionnaire, et de donner le point de vue qu'elles avaient juste après l'accouchement. On sait que le séjour à la maternité et l'accouchement sont sujets à beaucoup de changements et à beaucoup de nouvelles expériences, qui auraient pu, inconsciemment, fausser le jugement de ces mères pour répondre aux questions. Ce biais a été limité par le fait que nous passions très souvent à la maternité et que nous avons essayé de distribuer les questionnaires le plus tôt possible dans le séjour.

Enfin, la nature de l'intervention ne permettait pas de conduire l'essai en aveugle, et de ce fait, les mères connaissaient le groupe d'allocation, ce qui pouvait introduire un biais dans la réalisation de l'étude. Nous ne pouvions pas supprimer ce biais au vu des objectifs de notre étude mais les motivations ont été classées aléatoirement pour ne pas révéler de motivations plus en faveur d'un type d'allaitement.

### Prévalence des différents types d'allaitement

---

La prévalence de l'allaitement maternel exclusif (81,7%) était largement supérieure à la moyenne nationale retrouvée par l'étude Epiphane(2) en 2012 qui était de 60%. Il en est de même pour la prévalence de l'allaitement maternel exclusif et non exclusif à la maternité chez les primipares dans cette même étude qui était de 71,1%. Nous retrouvons la même différence dans l'étude de *Guillaumon et al*(5) réalisée en 2011 au sein du réseau ELENA qui retrouvait un taux de 69% d'allaitement maternel en sortie de maternité, sachant que les primipares choisissent plus l'allaitement maternel que les multipares(6)(7). Cet écart s'expliquerait donc par la parité et par le moment où les données concernant le type d'allaitement ont été recueillies. En effet, concernant l'étude Epifane, le type d'allaitement était celui au moment du recueil, c'est-à-dire en moyenne lorsque les nouveau-nés avait 1,8 jour (et allait de J0 à J9), alors que les mères de notre étude ont toutes renseigné leur mode d'allaitement tel qu'il était à l'issue de la période du post-partum immédiat.

De même, le taux d'allaitement maternel non exclusif (0,96%) est bas comparé à celui retrouvé dans l'étude Epifane (9%). Cette différence s'expliquerait donc en partie par le fait que les multipares seraient plus enclines à pratiquer un allaitement maternel non exclusif dès la naissance, mais il semblerait aussi que des compléments de lait artificiel soient facilement donnés à la maternité, alors que les mères n'ont pas reçu d'informations sur les bénéfices et désavantages de cette pratique, notamment le risque plus élevé de sevrage(8)(7). A 1,8 jour en moyenne, le taux d'allaitement maternel non exclusif est donc plus élevé...

Outre le fait que nos différences de prévalence soient lié à notre population de primipare, ces résultats laissent aussi supposer que le taux d'abandon de l'allaitement maternel exclusif à la maternité est relativement élevé, et que le soutien à la maternité est primordial pour que les mères ayant choisis l'allaitement maternel n'abandonne pas rapidement leur projet. Pour cela, les professionnels de santé et l'entourage se doivent d'avoir une attitude positive vis-à-vis de l'allaitement maternel (9) et d'éviter l'apport de compléments lorsque celui-ci n'est pas médicalement nécessaire.

### **a) Les influences socio-économiques**

Notre étude a montré une influence du niveau d'étude mais pas d'influence de l'âge, du statut marital ou de la profession. De nombreuses études avaient déjà mis en évidence une influence des facteurs socio-économiques dans le choix d'allaitement bien que leurs résultats soient variables selon les études(10)(11). Selon l'étude Epifane, les taux d'allaitement maternels étaient plus élevés avec l'âge, le fait d'être marié et d'avoir un niveau d'étude supérieur au baccalauréat(2), tandis que d'autres études n'avaient pas retrouvé d'influence de l'âge et de l'activité professionnelle(12). Nos résultats sont donc cohérents avec la multiplicité des résultats trouvés dans la littérature. Selon Swanson *et al*, les connaissances des adolescents à propos des intérêts bénéfiques de l'allaitement maternel sont pauvres et les connaissances sont reliés aux croyances(13). Il est donc logique de voir dans nos résultats que les mères choisissant l'allaitement artificiel ont principalement un niveau d'étude correspondant au lycée tandis que les mères choisissant l'allaitement maternel ont principalement un niveau d'étude correspondant aux études supérieures au baccalauréat.

### **b) Les influences de la grossesse et de l'accouchement**

Notre étude a montré une influence de la consommation de tabac avant la grossesse sur le choix de l'allaitement artificiel. Pourtant, l'allaitement maternel doit être encouragé pour favoriser le lien mère-enfant. De plus, les études ont montré que le tabagisme passif est plus nocif que la nicotine absorbée dans le lait maternel(14). Il est important pour leur santé d'encourager les femmes à arrêter de fumer, mais on peut aussi les encourager à choisir l'allaitement maternel en suivant quelques règles simples comme ne pas fumer dans les deux heures précédant une tétée par exemple. Plusieurs études ont elles aussi montré que le désir d'allaitement maternel est significativement diminué chez les fumeuses, et ce d'autant plus que le tabagisme est important (15)(16).

Nous avons vu dans notre étude que parmi les mères qui continuent de fumer au début de la grossesse, quelque soit leur choix d'allaitement, environ la moitié vont arrêter de fumer pendant la grossesse (10,5% arrêtent vs 10,5% qui continuent pour l'AM et 22,2% arrêtent vs 16,7% qui continuent pour l'AA). Ceci est confirmé par l'étude de Nizard, qui précise aussi que la moitié de celles qui se sont arrêtées reprennent après l'accouchement (15). Il est donc très

important de donner des informations sur le tabac et l'allaitement même aux femmes qui ont arrêtés de fumer pendant la grossesse.

Partant de ces considérations, nous avons toutefois été surpris par les résultats concernant les motivations et le tabac. En effet, plus de la moitié des mères ne sont pas du tout d'accord avec le fait de choisir l'allaitement artificiel à cause du tabac. Il y a toutefois plus de mères "plutôt pas d'accord" chez les allaitements artificiels que chez les allaitements maternels. Nous attendions des résultats plus flagrants concernant cette modalité. Nous supposons une censure consciente ou inconsciente de ces mères qui ont préféré mettre en valeur d'autres motivations plutôt que celle-ci.

Les autres éléments influençant le choix d'allaitement étaient l'accouchement eutocique (qui était statistiquement associé à l'allaitement artificiel) et la tétée d'accueil dans les deux heures après la naissance (statistiquement associée à l'allaitement maternel). L'étude Epifane réalisée en 2012 en France a montré que les femmes ayant accouché par césarienne débutaient moins fréquemment un allaitement maternel(2), tandis que Leahy-Warren *et al.* n'a montré aucune différence statistiquement significative entre le mode de naissance et le choix d'allaitement, en Irlande en 2009(11). Nos résultats ne concordent donc pas avec les données de la littérature. En conclusion, notre effectif d'allaitement artificiel étant faible, nous préférons ne pas conclure à une réelle association entre voie basse eutocique et allaitement artificiel.

Concernant la tétée d'accueil, la différence était statistiquement significative ( $p < 0,001$ ). Parmi les cinq mères ayant pris leur décision dans les deux heures suivant l'accouchement (Tableau III), trois ont choisi l'allaitement maternel et deux ont choisi l'allaitement artificiel. La tétée d'accueil ne semble donc pas favoriser un allaitement plus qu'un autre lorsque les mères hésitent encore, même si les faibles effectifs ne permettent pas de répondre catégoriquement. Guise *et al.*, dans une méta-analyse, avaient eux aussi trouvé qu'il n'y avait pas d'association entre le contact maternel précoce et l'initiation de l'allaitement(17).

De nombreuses études ont montrées une influence des cours de préparation à la naissance en faveur de l'allaitement maternel(12)(18)(19)(20)(21). Or, notre étude ne montre aucune différence statistiquement significative dans le taux de participation aux cours de préparations à la naissance, par rapport au choix d'allaitement. Ce taux est néanmoins élevé dans les deux catégories puisqu'il est supérieur à 90% pour les deux types d'allaitement. Cette différence avec la littérature peut s'expliquer par le fait que les primipares bénéficient plus fréquemment de ces cours de préparation que les multipares. De plus, le taux de mère ayant reçu une information sur



l'allaitement pendant ces séances est statistiquement équivalent dans les deux groupes, donc cette différence ne peut pas être liée au fait que certaines mères bénéficient de plus de séances de préparation que d'autres. Nous remarquons cependant que bien que 91% des mères assistent à des cours de préparation, seules 60% ont reçues une information sur l'allaitement pendant ces séances. Or, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), ces séances améliorent les interactions mères-enfant, en particulier la communication au moment de l'alimentation du nourrisson, ainsi que la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel. Ces chiffres peuvent être en partie expliqués par le fait que certaines préparations à la naissance et à la parentalité ne mettent pas forcément l'accent sur l'information, comme par exemple l'haptonomie. De plus, les séances concernant le post-partum et donc l'allaitement sont souvent situées dans les dernières séances, qui peuvent avoir lieu dans le neuvième mois et l'accouchement peut donc avoir lieu avant cette séance. Enfin, si la femme a déjà choisi l'allaitement artificiel, elle n'assistera sûrement pas à une séance consacrée à l'allaitement maternel. Nous n'avons pas demandé le nombre de séances suivies, nous ne pouvons donc pas conclure que l'information sur l'allaitement pendant les séances de préparation à la naissance ne suit pas totalement les recommandations nationales pour les professionnels de santé.

Concernant l'entretien prénatal précoce, bien que celui-ci doive être systématiquement proposé et idéalement réalisé au premier trimestre, nous remarquons que plus de la moitié des mères n'en ont pas bénéficié et que seules 12% en ont bénéficié au premier trimestre. Pourtant, selon l'HAS cet entretien doit être l'occasion de conforter le couple dans son projet de naissance et de parentalité. Dans notre étude, 40% des mères ont pris leur décision pendant la grossesse (Tableau III). Donner une information sur l'allaitement maternel et ses bienfaits dès le début de la grossesse permettrait pourtant donc de mieux accompagner les mères dans leur choix, et l'entretien prénatal précoce du quatrième mois est donc idéal pour en parler.

### **c) L'information reçue sur l'allaitement**

Notre étude a montré que les femmes choisissant l'allaitement maternel et celles choisissant l'allaitement artificiel avaient bénéficié du même type d'informations à propos de tous les allaitements possibles. L'information donnée n'influencerait donc pas le choix d'allaitement. On remarque tout de même que 27,8% des mères primipares ayant choisi l'allaitement artificiel n'ont pas reçu d'informations sur l'allaitement maternel pendant leur grossesse. De plus, les femmes qui choisissent l'allaitement artificiel sont statistiquement moins nombreuses à chercher

des informations sur l'allaitement par leur propre moyen. C'est donc au professionnel de santé de les informer puisqu'elles sont moins enclines à s'interroger sur les bienfaits de l'allaitement maternel, et que leurs croyances sur l'allaitement maternel sont souvent erronées(4). Il faudrait donc leur parler des bienfaits de l'allaitement maternel dès le début de la grossesse en entretien prénatal précoce, pour attiser leur curiosité et qu'elles puissent poser leurs questions lors des consultations tout au long de la grossesse ou en préparation à la naissance. De même, moins de la moitié des mères reçoivent des informations sur l'allaitement artificiel et maternel non exclusif, quelque soit leur choix, ce qui avait aussi été remarqué dans l'étude de A. Wall. Ces femmes ne sont donc pas informées du lait approprié à utiliser, de comment nettoyer les biberons, ou de comment faire une expression manuelle du lait(22). Les préparer à tout cela en amont leur permettrait pourtant d'anticiper les problèmes à venir et de ne pas avoir à tout apprendre et organiser après la venue du bébé.

#### ***d) L'influence de l'entourage***

L'étude de *Clifford et al* a montré que les pères, les membres de la famille et les amis pouvaient apporter un soutien dans l'allaitement maternel s'ils étaient positifs vis-à-vis de celui-ci(9). Les mères influencées positivement par leur entourage ont donc plus de chance d'avoir un allaitement qui dure. Dans notre étude, nous avons montré que plus de la moitié d'entre elles disaient avoir été influencé par leur entourage ou un professionnel de santé dans leur choix.

Le père est celui qui a le plus d'influence dans notre étude. GL. Freed a montré que les mères choisissant l'AM prédisaient un comportement de leur conjoint plus positif que celles qui choisissaient l'AA(23). Si la femme sent que son conjoint va la soutenir, elle sera donc plus encline à choisir l'AM. L'information des pères est donc elle aussi très importante dans la prise de décision, bien que ceux-ci déferrent beaucoup la décision d'allaitement sur la mère(24). D'autres études avaient fait la constatation que les pères avaient un rôle influent dans la prise de décision des mères(25)(26).

Concernant l'influence de leur propre mère, il est de 45,2%. Ce résultat est mis en perspective avec la motivation "parce que ma mère m'a allaité de cette façon" qui montre que plus de 50% des mères ayant choisi l'AM ne sont plutôt pas voire pas du tout d'accord avec cette affirmation. Cette motivation est tout de même plus donnée par les mères choisissant l'AM que pas les mères choisissant l'AA. On peut alors se demander si l'influence de leur mère vient du fait qu'elles ont été elles-mêmes allaitées ou bien si c'est sur les avis de leur mère.

Parmi les professionnels de santé, notre étude révèle que ce sont principalement les sages-femmes qui ont une influence sur le choix d'allaitement maternel. Sachant que ce sont elles qui animent les séances de préparation à la naissance et qui ont le plus de temps, de motivation et d'expérience vis-à-vis de l'allaitement maternel, ces résultats semblent logiques. Les autres professionnels ont tout de même un certain pourcentage d'influence, ils peuvent donc avoir un rôle à jouer dans la promotion de l'allaitement maternel. On peut se demander si ce faible pourcentage est alors lié au fait qu'en anténatal, l'accent est mis sur la grossesse et que l'allaitement est, à tort, considéré comme un problème postnatal, ou alors qu'ils n'ont pas les connaissances adéquates pour bien informer les femmes comme l'avait suggéré l'étude de Krogstrand et Parr(27).

Les mères ayant choisi l'allaitement artificiel étaient peu influencées par leur entourage dans notre étude. Cette observation se retrouve dans l'étude de L.Guigue et al qui dit que les proches et les équipes médicales ne semblent pas avoir d'influence sur la décision des mères et que l'intérêt pour la liberté de choix reste constant(21).

### Les motivations du choix d'allaitement

Tout d'abord, concernant la méthodologie, nous avons décidé d'exclure l'allaitement maternel non exclusif de nos calculs puisque l'effectif n'était que de un et que les résultats n'auraient pas été significatifs. Nous ne voulions pas non plus l'inclure aux allaitements maternels exclusifs puisque ceci aurait pu fausser les résultats.

Pour commencer, nous avons constaté que parmi les sept principales motivations des femmes ayant choisi l'AM, quatre étaient liées à la santé et au bien-être de leur bébé ("ce type de lait est le meilleur", "un enfant en meilleure santé", "diminuer le risque d'allergie" et "pour que ce soit plus facile pour mon bébé") et deux étaient liées au bien-être de la mère ("avoir une bonne relation avec mon bébé" et "parce que c'est pratique") tandis que parmi les sept principales motivations des femmes ayant choisi l'AA, six étaient liées au bien-être de la mère et une était liée au bien-être du père ("faire participer le papa").

Walburg *et al* a comparé les mères françaises et allemandes à propos de leur représentation de l'alimentation du bébé(4) et de leurs motivations(3).

A propos des représentations de l'alimentation, il en est ressorti que dans les deux pays, la santé du bébé est la première motivation pour allaiter, ce qui correspond à nos résultats. L'auteur en a aussi conclu que les femmes choisissant l'allaitement artificiel sous-évaluaient les avantages physiologiques de l'allaitement pour le bébé (maladies infectieuses, allergies) et surévaluaient les inconvénients que l'allaitement faisait encourir à leur couple. Nous notons en effet dans notre étude qu'il n'y a pas de motivations liées à la santé ou au bien-être du bébé dans les motivations principales des femmes ayant choisi l'AA. Concernant le couple, il était important pour les femmes choisissant l'AA de faire participer le père, et elles étaient plus nombreuses à choisir cet allaitement pour avoir une bonne relation de couple avec leur conjoint par rapport aux mères ayant choisi l'AM. Pour Walburg, le fait de vouloir faire participer le papa repose sur l'idée erronée que la seule façon pour un père d'interagir avec un nouveau-né c'est en le nourrissant. Nous en concluons que les professionnels de santé devraient donc en discuter avec les mères et leur montrer que même si elles décident d'allaiter, le père a toute sa place pour l'aider dans son allaitement et aussi pour s'occuper de leur enfant d'une autre façon qu'en lui donnant un biberon de lait artificiel.

Dans cette même étude, Walburg avait mis en évidence que les mères allemandes accordaient plus d'importance aux avantages physiologiques de l'allaitement maternel pour elles (perte de poids, cancer du sein). Nous constatons en effet dans notre étude, que ces considérations ne font pas partie des motivations principales de notre échantillon. Toutefois, plus de 25% des mères étaient plutôt d'accord avec le fait qu'elles avaient choisi l'AM pour perdre du poids. Ces avantages physiologiques seraient donc à mettre encore plus en valeur lors de l'information sur les bénéfices de l'allaitement maternel.

Nous notons une grande différence de pourcentage par rapport à l'étude de Walburg concernant les motivations du « naturel » et du « pratique » de l'allaitement maternel. En effet dans notre étude elles étaient plus de 90% à dire que c'était parce que c'était naturel et plus de 50% parce que c'était pratique, alors qu'elles étaient respectivement 14% et 4% dans l'étude de Walburg. Cette différence pourrait être dû à un changement de mentalité des femmes françaises depuis 2007, à l'ère du "bio" et également à une meilleure information et mise en valeur de l'allaitement maternel grâce aux politiques de santé autour de l'allaitement maternel, qui n'est plus considéré comme contraignant.

Nous avons parlé précédemment des motivations et influences concernant le tabac, parlons maintenant de l'alcool. Nous remarquons qu'il y a une différence plus flagrante que le tabac, entre les femmes ayant choisi l'AM et les femmes ayant choisi l'AA. En effet, les femmes choisissant l'AA étaient plus de 10% à être au moins plutôt d'accord avec le fait d'avoir choisi ce type d'allaitement pour pouvoir boire de l'alcool. Ce chiffre reste faible, mais, comme le tabac, est peut-être à nuancer par une éventuelle autocensure consciente ou inconsciente des mères. Selon Shaker *et al.*, les femmes qui allaitent artificiellement ont plus tendance à penser que les femmes qui boivent occasionnellement de l'alcool ne devraient pas allaiter au sein(28).

Enfin, concernant l'allaitement en public, nous remarquons que plus de 50% des femmes qui allaitent artificiellement sont au moins plutôt d'accord avec le fait qu'elles ont choisi l'allaitement artificiel pour pouvoir nourrir leur bébé en public. Cette motivation ressort dans de nombreuses études (29) et inversement le fait d'être à l'aise en public rallonge la durée de l'allaitement(30)(7). Certaines études ont même rapporté que les pères étaient encore plus défavorables que les mères au fait que leur femme allaite au sein en public(28). Or nous l'avons vu précédemment, les pères sont les personnes les plus influentes sur le choix de l'allaitement. Il serait donc très intéressant d'informer les femmes et leurs conjoints sur les avantages de l'allaitement maternel en public (pouvoir nourrir son enfant n'importe où, n'importe quand, même sans avoir aucun matériel avec soi) et comment le mettre en pratique dans ses déplacements pour être gêné le moins possible par le regard d'autrui.

## 6. Conclusion

---

L'objectif principal de notre recherche était de déterminer la prévalence des différents types d'allaitement chez les primipares en post-partum immédiat à la maternité de Chambéry. L'objectif est atteint mais nous ne pouvons cependant pas comparer ces résultats à d'autres études puisque toutes les autres études déterminaient la prévalence de l'allaitement au cours du séjour, et non pas juste après l'accouchement. De plus, notre étude portant sur une population de primipare, les résultats ne sont pas extrapolables à la population générale.

Cependant, grâce à cette étude nous avons pu déterminer les facteurs influençant le choix d'allaitement, bien que certains résultats soient certainement faussés par notre manque de puissance dans le groupe des mères ayant choisi l'AA. Enfin, nous avons bien déterminé les principales motivations des mères ayant choisi l'allaitement maternel exclusif et artificiel, et nos résultats concordent en grande partie avec ceux retrouvés dans la littérature.

Nous avons montré que le soutien et une attitude positive vis-à-vis de l'allaitement maternel par l'entourage et les professionnels de santé était primordial pour la décision en anténatal. De plus, nous avons vu que les facteurs influençant le choix était le niveau d'étude, la consommation de tabac avant la grossesse et la recherche d'informations par ses propres moyens, et que l'information pendant l'entretien prénatal précoce n'était pas très répandu. Il serait donc intéressant de développer l'information sur l'allaitement le plus précocement possible, en présence du conjoint, et plus particulièrement pour les femmes de bas niveau d'étude, qui recherchent moins d'informations sur les bienfaits de l'allaitement maternel. Plus particulièrement, il faut donner une information sur la consommation de tabac et d'alcool, et continuer à mettre en avant l'aspect pratique de l'allaitement maternel.

Pour finir, il serait intéressant de poursuivre cette étude sur la durée afin de suivre l'évolution de l'allaitement en fonction des choix et des motivations des mères énoncées initialement.

## 7. Références bibliographique

---

1. ANAES (Agence Nationale d'accréditation et d'Evaluation en Santé). Recommandations pour la pratique clinique. Allaitement maternel – Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002.
2. Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, 2012. *J Pédiatrie Puériculture*. 25(6):364–72.
3. Walburg V, Goehlich M, Conquet M, Callahan S, Schölmerich A, Chabrol H. Étude comparative de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel : motivation, choix et prise de décision. *J Pédiatrie Puériculture*. 2007 Sep;20(5):195–9.
4. Walburg V, Goehlich M, Conquêt M, Chabrol H, Callahan S, Schölmerich A. Les représentations de l'alimentation du bébé: Première partie : une étude comparative entre mères françaises et allemandes. *J Thérapie Comport Cogn*. 2007 décembre;17(4):150–5.
5. Guillaumon A, Trombert-Paviot B, Vallée J, Weiss S, Patural H. Initiation de l'allaitement maternel et sevrage précoce : étude prospective du réseau périnatalité Loire–Nord Ardèche. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2013 Jun;41(6):351–5.
6. Bonet M, Foix L'Hélias L, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. *Arch Pédiatrie*. 2008 Sep;15(9):1407–15.
7. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pédiatrie Puériculture*. 2009 mai;22(3):112–20.
8. Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. 1999 Dec;88(12):1320–6.
9. Clifford J, McIntyre E. Who supports breastfeeding? *Breastfeed Rev Prof Publ Nurs Mothers Assoc Aust*. 2008 Jul;16(2):9–19.
10. Shepherd CK, Power KG, Carter H. Examining the correspondence of breastfeeding and bottle-feeding couples' infant feeding attitudes. *J Adv Nurs*. 2000 Mar;31(3):651–60.
11. Leahy-Warren P, Mulcahy H, Phelan A, Corcoran P. Factors influencing initiation and duration of breast feeding in Ireland. *Midwifery*. 2014 Mar;30(3):345–52.
12. Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France)\*\*. *Arch Pédiatrie*. 2001 août;8(8):807–15.
13. Swanson V, Power K, Kaur B, Carter H, Shepherd K. The impact of knowledge and social influences on adolescents' breast-feeding beliefs and intentions. *Public Health Nutr*. 2006 May;9(3):297–305.

14. Gomez C, Delcroix M. Tabac et allaitement. *Rev Sage-Femme*. 2004 juin;3(3):101–9.
15. Nizard J. Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme maternel et paternel ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2008 Oct 4;34(HS1):347–52.
16. Barnes J, Stein A, Smith T, Pollock JI. Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breast feed. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *J R Soc Med*. 1997 Oct;90(10):551–9.
17. Guise J-M, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu TA, et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med*. 2003 Aug;1(2):70–8.
18. Crost M, Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. *Arch Pédiatrie*. 1998 décembre;5(12):1316–26.
19. Wambach K, Campbell SH, Gill SL, Dodgson JE, Abiona TC, Heinig MJ. Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. 2005 Aug;21(3):245–58.
20. Bonet M, Foix L'Hélias L, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. *Arch Pédiatrie*. 2008 Sep;15(9):1407–15.
21. Guigue L, Pibarot A, Blanc JF. [Factors influencing the choice of breast feeding by mothers. Results of a survey at public maternity hospitals]. *Pédiatrie*. 1989;44(1):53–8.
22. Wall A. What choice in infant feeding methods? *J Fam Health Care*. 2006;16(1):13–5.
23. Freed GL, Fraley JK. Effect of expectant mothers' feeding plan on prediction of fathers' attitudes regarding breast-feeding. *Am J Perinatol*. 1993 Jul;10(4):300–3.
24. Avery AB, Magnus JH. Expectant fathers' and mothers' perceptions of breastfeeding and formula feeding: a focus group study in three US cities. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. 2011 May;27(2):147–54.
25. Branger B, Cebon M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatrie*. 1998 mai;5(5):489–96.
26. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. 2006 Apr;117(4):e646–655.
27. Krogstrand KS, Parr K. Physicians Ask for More Problem-Solving Information to Promote and Support Breastfeeding. *J Am Diet Assoc*. 2005 Dec 1;105(12):1943–7.
28. Shaker I, Scott JA, Reid M. Infant feeding attitudes of expectant parents: breastfeeding and formula feeding. *J Adv Nurs*. 2004 Feb;45(3):260–8.
29. Bonia K, Twells L, Halfyard B, Ludlow V, Newhook LA, Murphy-Goodridge J. A qualitative study exploring factors associated with mothers' decisions to formula-feed their infants in Newfoundland and Labrador, Canada. *BMC Public Health*. 2013;13:645.



30. Stuebe AM, Bonuck K. What predicts intent to breastfeed exclusively? Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a diverse urban population. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med.* 2011 Dec;6(6):413–20.

## 8. ANNEXES

---

### Questionnaire

---

## Motivations et influences du choix d'allaitement

Madame,

Vous venez d'accoucher et vous avez choisi un mode d'allaitement **à la naissance** de votre enfant.

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude de sage-femme, je fais une étude sur les motivations et les influences du choix d'allaitement chez les femmes qui ont eu leur 1<sup>er</sup> enfant.

C'est pourquoi je me permets de vous demander d'avoir la gentillesse de remplir le questionnaire suivant.

Les réponses sont **ANONYMES** et y répondre ne vous prendra que quelques minutes.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous voudrez bien lui accorder.

Alexandra BELLANGER

Etudiante sage-femme

- J'accepte de remplir ce questionnaire
- Je refuse de remplir ce questionnaire

---

## Questionnaire

Quelques petites précisions avant de commencer...

☞ Allaitement artificiel= au biberon avec un lait industriel ou lait "en poudre".

☞ Allaitement maternel= au sein ou au biberon avec un lait qui vient du sein.

☞ Allaitement mixte = alternance entre lait industriel et lait venant du sein.

☞ Toutes les questions concernent la grossesse **jusqu'à la fin de votre séjour en salle d'accouchement** (généralement les 2 heures après votre accouchement).

### I) Données générales

1. Quel est votre âge ?

ans.

2. A propos de votre situation de couple :

- Vous êtes mariée
- Vous vivez en couple sans être mariée
- Vous êtes seule

3. Quel est votre niveau d'étude ?

- Primaire/ Collège / Lycée
- CAP / BEP / Bac
- Etudes supérieures niveau bac+2 (DUT, BTS, DEUG,...)
- Etudes supérieures niveau supérieur à bac+2 (licence, master, maîtrise, doctorat,...)

4. Quelle est votre profession ?

## II) **Votre grossesse et votre accouchement**

5. Par quel(s) professionnels avez-vous été suivi pendant votre grossesse (plusieurs choix possibles) ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme libérale (de ville)  | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste                        |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme hospitalière         | <input type="checkbox"/> Je n'ai pas été suivi pendant ma grossesse |
| <input type="checkbox"/> Obstétricien hospitalier        |   |
| <input type="checkbox"/> Obstétricien libéral (de ville) |   |

6. Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?  Oui

Non

7. Avez-vous bénéficié de l'entretien prénatal précoce ? (une consultation où vous discutez avec une sage-femme ou votre médecin de vos difficultés pendant la grossesse, de vos attentes par rapport à l'accouchement et sa suite,...) .Si oui, à quel moment de votre grossesse ?

- Non
- Oui au :  4<sup>ème</sup> mois  5<sup>ème</sup> mois  6<sup>ème</sup> mois  7<sup>ème</sup> mois  8<sup>ème</sup> mois  
 9<sup>ème</sup> mois

8. Consommiez-vous du tabac avant la grossesse ?

- Oui et j'ai arrêté juste avant la grossesse
- Oui et j'ai arrêté pendant la grossesse
- Oui et j'ai continué pendant la grossesse
- Non

09. Comment avez-vous accouché ?

- Par voie basse
- Par voie basse avec l'aide de forceps, ventouse ou spatule
- Par césarienne programmée
- Par césarienne en urgence

10. Avez-vous donné le sein à votre bébé (tétée d'accueil) dans les 2 heures après la naissance ?

- Oui
- Non

### III) Les influences dans votre décision

11. Pensez-vous que parmi les personnes suivantes, certaines ont pu influencer ou modifier votre choix par leurs avis/conseils, pendant la grossesse?

	Non	Oui, plutôt vers l'allaitement maternel	Oui, plutôt vers l'allaitement artificiel	Oui, plutôt vers l'allaitement mixte
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ami(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sage-femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstétricien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				

12. Pendant votre grossesse, on vous a donné des informations sur :

- L'allaitement maternel     L'allaitement artificiel     L'allaitement mixte

Rien de cela

Si oui, par qui (plusieurs réponses possibles)?

- Une sage-femme en consultation  
 Une sage-femme en cours de préparation à la naissance  
 Une sage-femme en entretien prénatal précoce  
 Un médecin obstétricien  
 Votre médecin traitant  
 Vos propres moyens (magazines, internet,...)

### IV) Votre choix d'allaitement

13. Quand avez-vous pris votre décision ?

- Avant la grossesse  
 Au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse  
 Au 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse  
 Au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse  
 Dans les 2h après l'accouchement

14. Quel allaitement aviez-vous choisi lorsque vous avez quitté la salle d'accouchement avec votre enfant (même s'il a pu changer depuis)?

- Allaitement artificiel (lait artificiel au biberon)  
 Allaitement maternel (lait maternel, venant du sein)  
 Allaitement mixte (lait artificiel et maternel)

15. Pourquoi aviez-vous choisi ce type d'allaitement ? (cochez les réponses vous correspondant).

NB : **Tous les items sont à cocher**, quelque soit le type d'allaitement. Par exemple, si vous aviez choisi d'allaiter votre bébé au sein, si certains items vous semblent concerner l'allaitement au lait artificiel et que vous n'êtes pas d'accord avec ceux-ci, cochez que vous n'êtes pas du tout d'accord. Et inversement si vous aviez choisi l'allaitement au lait artificiel.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord ou je n'y ai pas pensé
Parce que c'est naturel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour avoir une bonne relation avec mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour que mon bébé grossisse plus rapidement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour être une meilleure mère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que c'est moins cher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que ce type de lait est le meilleur pour mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour perdre du poids plus rapidement après l'accouchement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour que mon bébé soit plus calme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que tout le monde autour de moi le fait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour ma vie sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour le temps consacré à l'allaitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour que ce soit plus facile pour mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour avoir un bébé qui soit dépendant de moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour diminuer le risque d'allergie de mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour avoir une bonne relation de couple avec mon conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que je n'ai pas assez de lait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour diminuer mon risque de cancer du sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que je suis pudique vis-à-vis de mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour avoir un bébé plus autonome et sociable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour l'effet contraceptif (qui empêche d'avoir d'autres enfants)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour faire participer le papa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour avoir un enfant en meilleur santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour être moins fatiguée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour pouvoir mesurer les quantités prises par mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que j'estime que mon lait n'est pas le meilleur pour mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour avoir un bébé plus heureux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour nourrir mon bébé en public	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que ma mère m'a allaité de cette façon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que c'est pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que c'est moins douloureux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que j'ai une maladie qui m'empêche d'allaiter au sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour pouvoir fumer (tabac)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour pouvoir boire de l'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## RESUME

---

**But :** L'objectif principal était de déterminer la prévalence respective des allaitements artificiels, maternels exclusifs et non exclusifs chez les primipares dans le post-partum immédiat. Les objectifs secondaires étaient de dégager les motivations et les facteurs influençant ce choix.

**Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude observationnelle, monocentrique et rétrospective, réalisée dans l'unité mère-enfant de la maternité de Chambéry à l'aide d'auto-questionnaires pendant la période du 14 septembre au 15 octobre 2014.

**Résultats :** La prévalence des allaitements étaient respectivement de 17,3% pour les allaitements artificiels, 81,7% pour les allaitements maternels exclusifs et de 0,96% pour les allaitements maternels non exclusifs. Les facteurs influençant le choix était le niveau d'étude, la consommation de tabac avant la grossesse, la tétée d'accueil et l'information reçue via une démarche personnelle. Les femmes qui choisissent l'allaitement maternel sont plus influencées par leur entourage et par la sage-femme, tandis que le choix est plus personnel pour les femmes qui choisissent l'allaitement artificiel. Soixante et un pourcent des mères prennent leur décision avant la grossesse. Les motivations principales des mères choisissant l'allaitement maternel sont reliées à la santé du bébé tandis que les motivations des mères choisissant l'allaitement artificiel sont principalement d'ordre pratique et pour l'implication du père dans l'allaitement.

**Conclusion :** Une meilleure information doit être donnée aux femmes de bas niveau d'étude, idéalement en début de grossesse, et en présence du futur père, pour favoriser encore plus l'allaitement maternel.

### **Mots-clés :**

- Allaitement
- Prévalence
- Choix
- Influence
- Motivations